

PROFILAKTYKA WTÓRNA UDARU MÓZGU - OCENA PO PIĘCIU LATACH OD ZACHOROWANIA

SECONDARY PREVENTION OF STROKE – A FIVE YEARS FOLLOW-UP

Małgorzata Fudala¹, Waldemar Broła¹, Jan Stoiński²,
Wojciech Przybylski^{1,3}, Jan Czernicki⁴

¹ Oddział Neurologii Szpitala Specjalistycznego w Końskich

Ordynator Oddziału: dr n. med. Waldemar Broła

² Oddział Neurologii Szpitala Powiatowego w Skarżysku-Kamiennej

Ordynator Oddziału: lek. Jan Stoiński

³ Zakład Profilaktyki Społecznej, Instytut Zdrowia Publicznego

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego w Kielcach

Kierownik Zakładu: dr hab. Monika Springer

⁴ Klinika Rehabilitacji i Medycyny Fizykalnej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Kierownik Kliniki: prof. dr hab. n. med. Jan Czernicki

STRESZCZENIE

Wstęp i cel pracy: Kompleksowe leczenie udaru mózgu jest głównym problemem współczesnej neurologii i tematem licznych badań klinicznych. Mniej jest informacji na temat stanu chorych w długoterminowej obserwacji. Celem pracy była ocena profilaktyki wtórnej po udarze mózgu po pięciu latach od zachorowania.

Materiał: Analizą objęto 360 osób, które były zarejestrowane w Oddziale Neurologii w Skarżysku-Kamiennej w 2000 roku i wzięły udział w ankiecie udarowej Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Udaru Mózgu. W pierwszym roku po zachorowaniu zmarły 102 osoby. Ankiety kontrolne otrzymało 258 osób, informacje uzyskano od 201 osób (78%).

Wyniki: Wśród ankietowanych zmarło 58 osób (28,9%), deficytu neurologicznego nie stwierdzano u 48 osób (23,9%), objawy neurologiczne nieupośledzające funkcjonowanie występowały u 72 osób (35%), znaczne inwalidztwo u 23 osób (12%). Z różnych form rehabilitacji skorzystało 25% badanych (żyjących), 62% kontroluje się u lekarza rejonowego, 31% u neurologa. Przyjmowane leki: obniżające ciśnienie 71%, aspiryna 48%, tiklopidyna 9%, obniżające poziom cholesterolu 26%, przeciwcukrzycowe 15%. Styl życia: papierosy pali 8%, alkohol spożywa 6%, nadwaga występuje u 36%, aktywność fizyczną deklaruje 60%, podwyższony poziom cholesterolu występuje u 25%. Spośród leczonych przez neurologa 73% przyjmuje leki antyagregacyjne, 51% jest leczonych przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Na emeryturze jest 75% badanych, na rencie 18%, 6% nadal pracuje.

Wnioski: Niewielki odsetek chorych korzysta z rehabilitacji po udarze mózgu, dostęp do specjalistycznej opieki neurologicznej jest niewielki, co przekłada się na ograniczone stosowanie profilaktyki wtórnej udaru mózgu.

Słowa kluczowe: udar mózgu, rehabilitacja, styl życia, profilaktyka wtórna.

SUMMARY

Background and purpose: Complex treatment of stroke is the main problem of modern neurology. There are many research programs concerning this subject. Yet less information is available concerning long-term control patients. The goal of this study was to evaluate secondary prevention of stroke after five years of stroke development.

Method: an in-depth analysis covered 360 people registered at Neurology Ward in Skarżysko-Kamienna in 2000 by means of National Program of Prevention and Stroke Treatment questionnaire. 102 people died within the first year since they developed stroke. Follow-up questionnaires were distributed to 258 people, information was received from 201 people(78%).

Results: 58 (28,9%) of the questioned people died, neurological deficits have not been observed in 48 people (23,9%), neurological symptoms with no effects on functioning have been recognized in 72 people (35%) whereas severe disablement in 23 people (12%). 25% of the patients (still alive) have participated in various rehabilitation activities, 62% claim to have had regular check-ups by a general practitioner(GP) while 31% by a neurologist. Drugs taken: reducing blood-pressure 71%, aspirin 48%, ticlopidine 9%, reducing cholesterol level 26%, antidiabetic 15%. Lifestyle: 8% smokes, 6% drinks alcohol, 36% are overweight, physically active 60%, 25% have raised cholesterol level. Among those who are treated by a neurologist 73% takes either aspirin or ticlopidine, 51% treated by a GP. 75% are retired, 18% receives disability pension, 6% are professionally active.

Conclusion: Low percentage of the diseased participate in stroke rehabilitation, possibility to have regular neurological check-ups is limited, which influence secondary prevention after stroke.

Key words: stroke, rehabilitation, lifestyle, secondary prevention.

WSTĘP

Najbardziej efektywnym leczeniem każdego schorzenia jest jego profilaktyka. Profilaktyka pierwotna udaru mózgu polega na rozpoznaniu i leczeniu schorzeń uznanych za czynniki ryzyka. Profilaktyka wtórna prowadzona jest u osób po przebytych udarze mózgu i ma na celu zminimalizowanie ryzyka kolejnego zachorowania.

Podstawowymi elementami profilaktyki wtórnej są:

- zmiana trybu życia i leczenie oraz modyfikacja czynników ryzyka,
- leczenie antyagregacyjne,
- leczenie przeciwzakrzepowe,
- leczenie chirurgiczne zwężenia tętnic szyjnych [1,2].

Brak jest prospektywnych badań oceniających rolę zmiany stylu życia (ruch, otyłość, palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu) we wtórnej profilaktyce udaru [3,4,5]. W prewencji wtórnej udaru mózgu zaleca się regularny, umiarkowany wysiłek fizyczny – co najmniej dwa razy w tygodniu po około 30 minut. Korzystnie wpływają ćwiczenia dynamiczne: marsze, pływanie, jazda na rowerze. Niewskazane są sporty siłowe i wysiłek statyczny. Zakres i intensywność ćwiczeń należy dostosować do wieku i wydolności fizycznej pacjenta. Oczywiście zaleceniem jest zaprzestanie palenia tytoniu wszystkim palaczom, zwłaszcza chorym po udarze mózgu. Istotne jest również narażenie na bierne palenie tytoniu. Zmiana diety i obniżenie masy ciała dla pacjentów z otyłością (BMI, body mass index >30) prowadzi do zmniejszenia częstości nadciśnienia tętniczego, cukrzycy, hiperlipidemii [6,7,8].

Do niedawna nie było mocnych dowodów na to, że obniżanie ciśnienia tętniczego po udarze mózgu przyczynia się do zmniejszenia ryzyka kolejnych incydentów naczyniowych lub zgonu. W kontrolowanym badaniu klinicznym z podwójnie ślełą próbą PATS oceniano skuteczność leku moczopędnego indapamidu (2,5 mg dziennie) u 5665 Chińczyków z wysokim ciśnieniem tętniczym i niedawnym udarem lub TIA w wywiadzie. Stosując indapamid, udało się zmniejszyć częstość nawrotowych udarów o 29% [9]. W badaniu HOPE wykazano korzystny wpływ inhibitora ACE ramiprilu w profilaktyce wtórnej udarów niedokrwiennych [10]. Na podstawie badania PROGRES ustalono wskazanie do rozpoczęcia leczenia nadciśnienia tętniczego u pacjentów po 75 roku życia, którzy przebyli mózgowy incydent niedokrwienny. Było to randomizowane badanie kliniczne z podwójnie ślełą próbą, w którym porównano perindopril (4 mg/24h) w monoterapii lub w skojarzeniu z indapamidem (2-2,5 mg/24h) oraz placebo pod względem skuteczności prewencji wtórnej udaru niedokrwiennego. U chorych otrzymujących

perindopril ryzyko nawrotowego udaru zmniejszyło się o 28% w porównaniu z placebo, a u chorych otrzymujących perindopril z indapamidem o 43% [11]. Skuteczności innych klas leków hipotensyjnych nie ustalono w kontrolowanych badaniach klinicznych.

Rekomendacje EUSI z 2003 roku zalecają rozpoczęcie leczenia statyną (simwastatyną) u pacjentów z udarem niedokrwiennym lub TIA. W najnowszej metaanalizie obliczono, że aby zapobiec jednemu udarowi mózgu statynę przez cały rok musiałoby przyjmować 57 pacjentów [3].

Leki antyagregacyjne są zalecane w profilaktyce wtórnej udaru mózgu, analogicznie jak w okresie ostrym udaru mózgu. Rekomendowaną dawką aspiryny jest 50-325 mg. Ustalono, że dawka ta nie wpływa na ryzyko poważnych powikłań krwotocznych, jednak częstość zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego zależy od dawki kwasu acetylosalicylowego. Małe dawki są bezpieczniejsze. W prewencji wtórnej udaru mózgu można stosować, jeżeli to możliwe, skojarzenie kwasu salicylowego (50 mg) i dipirydamolu (200 mg dwa razy dziennie). Kłopidogrel jest nieco skuteczniejszy od kwasu salicylowego w prewencji wtórnej incydentów naczyniowych. Może być stosowany jako lek pierwszego wyboru, kiedy kwas acetylosalicylowy lub dipirydamol są źle tolerowane lub jeśli pacjent należy do grupy wysokiego ryzyka. Chorzy z TIA lub udarem niedokrwiennym w wywiadzie i niestabilną dławicą piersiową lub zawałem mięśnia sercowego bez załamka Q powinni otrzymywać 75 mg kłopidogrelu i 75 mg kwasu acetylosalicylowego. Nie ustalono zasad leczenia pacjentów, którzy doświadczyli nawrotu incydentu naczyniowego w czasie leczenia antyagregacyjnego. Należy ponownie ocenić czynniki ryzyka i przyczyny epizodu. U chorych, u których nie wykryto potencjalnego źródła zatoru kardiogenego, a u których wystąpił kolejny epizod naczyniowy w trakcie leczenia aspiryną, warfaryna nie była skuteczna [3].

Stosowanie doustnych antykoagulantów (INR 2,0-3,0) jest wskazane u chorych po udarze mózgu w przebiegu migotania przedsionków. Nie zaleca się stosowania doustnych leków przeciwkrzepliwych u chorych z padaczką, upadkami w wywiadzie, ciężkim otępieniem lub krwawieniem z przewodu pokarmowego.

Leczenie operacyjne zwężenia tętnicy szyjnej wewnętrznej wykonuje się zarówno u pacjentów bezobjawowych (prewencja pierwotna), jak i u chorych po przebytych udarze mózgu. Kwalifikacja do zabiegów opiera się na wytycznych grupy ekspertów Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Udaru Mózgu.

W ramach programu POLKARD prowadzony jest rejestr angioplastyki i stentowania oraz endarterektomii (CEA) oceniający skuteczność i bezpieczeństwo zabiegów w Polsce [3,4,12,13].

CEL PRACY

Celem pracy była ocena stanu klinicznego chorych po pięciu latach od zachorowania na udar mózgu, obejmująca stan funkcjonalny, stosowaną profilaktykę wtórną, rehabilitację po udarze, miejsce pobytu pacjenta, styl życia z uwzględnieniem modyfikowalnych czynników ryzyka chorób naczyniowych. Przedmiotem szczególnego zainteresowania była dostępność do rehabilitacji oraz specjalistycznej opieki neurologicznej ambulatoryjnej w kontekście realizacji zasad profilaktyki wtórnej udaru mózgu.

MATERIAŁ I METODY

Analizie poddano 360 osób i objęto je ankietą udarową w Oddziale Neurologii w Skarżysku-Kamiennej w 2000 roku. Materiał badawczy stanowiły ankiety Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Udaru Mózgu POLKARD. W pierwszym roku po zachorowaniu zmarły 102 osoby (28%). Ankiety wysłano do 258 osób. Informacje można było uzyskać drogą listowną lub telefonicznie z jednoczesnym uwzględnieniem celów pracy. Do ankiet wysłanych drogą listowną dołączony był krótki list przedstawiający cel zbierania danych oraz zwrotna koperta ze znaczkiem.

Ankiety, w których była informacja o zgonie pacjenta, zawierały jedynie informacje na ten temat i nie były brane pod uwagę w innych kontekstach. Informacje zebrano od 201 osób (78%). Dane otrzymane od ankietowanych analizowano za pomocą stworzonego do tego celu programu komputerowego autorstwa mgr. inż. Jarosława Kądzioła.

WYNIKI

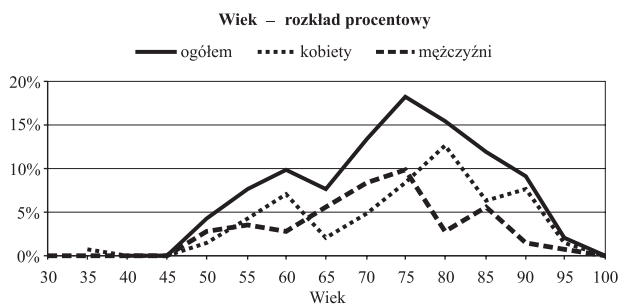
Spośród objętych analizą było 56,5% kobiet i 43,4% mężczyzn w wieku 35-93 lat. 58,7% osób pochodziło ze środowiska miejskiego, a 41,3% było mieszkańcami wsi. Do chwili badania spośród ankietowanych zmarło 58 osób (28,9%). Rozkład procentowy wieku chorych przedstawiono na ryc. 1. Stan funkcjonalny oceniony w skali Rankina przedstawia tabela 1.

Rehabilitacją po udarze objętych było 25% osób, przy czym 10% w stacjonarnym Oddziale Rehabilitacji (1-5 pobyków), 9% w warunkach domowych, a 6% w warunkach ambulatoryjnych. Aż 75% osób nie korzystało z żadnej formy rehabilitacji po udarze. U lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (rejonowego) kontroluje się 62% osób (miasto/wieś 1:1),

u lekarza neurologa leczy się 31% osób (miasto/wieś 2:1), natomiast 7% badanych w ogóle nie chodzi do lekarza.

Leki przyjmowane przez badanych przedstawia tabela 2.

Spośród ankietowanych (z wyłączeniem zmarłych) 98,6% przebywa we własnym domu, 0,7% w domu opieki, 0,7% w szpitalu. Badane wyznaczniki stylu życia podaje tabela 3. Spośród badanych 75% jest na emeryturze, 18% na rencie, a 7% nadal pracuje.



Ryc. 1. Wiek – rozkład procentowy

Tabela 1. Stan funkcjonalny wg skali Rankina

Stopień	Stan neurologiczny	% badanych chorych	Średnia wieku (lata)
0	Bez objawów udaru	24	64
1	Niewielkie objawy, niewpływające na codzienne życie	14	70
2	Niewielkie upośledzenie, niewpływające na samodzielność	9	76
3	Upośledzenie średniego stopnia, wymaga pewnej pomocy, ale może chodzić samodzielnie	12	74
4	Średnio ciężkie upośledzenie: niezdolny do samodzielnego chodzenia bez pomocy i niezdolny do samoobsługi bez pomocy	8	77
5	Ciężkie upośledzenie: przykuty do łóżka, nie kontroluje zwieraczy, wymaga stałej opieki pielęgniarzkiej i nadzoru	4	79
6	Zgon	29	77

Tabela 2. Przyjmowane leki

Leki	% badanych chorych
Obniżające ciśnienie tętnicze krwi	71
Aspiryna	48
Tiklopidyna	9
Obniżające poziom cholesterolu	26
Przeciwcukrzycowe	15

Tabela 3. Styl życia po udarze mózgu

Czynnik	% badanych chorych
Papierosy	9
Alkohol	6
Nadwaga	36
Brak aktywności fizycznej	60
Podwyższony poziom cholesterolu > 200 mg/dl	25

OMÓWIENIE

Pacjenci po udarze mózgu są specyficzną grupą chorych, którzy często wymagają opieki ze względu na poważne deficyty ruchowe, często zaburzone funkcje intelektualne, poznawcze, emocjonalne. Ich stan kliniczny jest wypadkową wielu zmiennych. Niniejsze badanie analizuje zaledwie część problemów związanych przede wszystkim ze strukturą opieki neurologicznej w naszym regionie, a jego intencją było wdrożenie działań mających na celu poprawę długoterminowej opieki po udarze mózgu. Spośród chorych, którzy 5 lat temu przebyli udar mózgu, 24% wymaga pomocy osób drugich, przy czym połowa z nich jest inwalidami znacznego stopnia (Rankin 4,5). Zwraca uwagę, że prawie wszyscy chorzy przebywają we własnych domach. Przyczyną tego stanu może być głęboko zakorzeniona tradycja, ale nie bez znaczenia jest panujące na naszym terenie bezrobocie, niski status ekonomiczny regionu, mała dostępność ośrodków dla przewlekle chorych. Aż 75% osób nie korzystało z żadnej formy rehabilitacji po udarze mózgu. Opieką lekarską objęte jest 93% badanych, ale tylko 31% kontroluje się u neurologa, przy czym mieszkańcy terenów wiejskich stanowią tylko 1/3 tej liczby. Wskazuje to na zdecydowanie mniejszą dostępność mieszkańców wsi do specjalisty neurologa. Obecnie sytuacja ta zmienia się na korzyść, gdyż coraz częściej w jednostkach podstawowej opieki zdrowotnej realizowane są usługi specjalistyczne refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Ogólnie profilaktykę wtórną w postaci przyjmowania leków antyagregacyjnych stosuje 57% pacjentów, przy czym spośród leczonych u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej 51%, natomiast 73% u neurologa. Świadczy to o ciągle niewystarczającej świadomości lekarzy pierwszego kontaktu co do potrzeby kontynuowania profilaktyki wtórnej w postaci leczenia przeciwplatekowego oraz potwierdza celowość okresowej kontroli neurologicznej dla chorych po udarze mózgu. Obecnie coraz powszechniej szerzona jest idea powstawania Poradni Chorób Naczyniowych Mózgu, gdzie chory miałby możliwość prowadzenia optymalnej profilaktyki oraz profilaktyki i leczenia

późnych powikłań neurologicznych (padaczki, depresji, otępienia, upadków).

Niski odsetek palących papierosy i pijących alkohol (w stosunku do rozpowszechnienia tych nałogów w populacji ogólnej) świadczy o świadomości negatywnego wpływu tych czynników na choroby naczyń. Nie bez znaczenia jest wiek chorych. Spośród badanej grupy 25% jest w wieku produkcyjnym, z czego 3/4 pozostaje na rencie, a jedynie 1/4 nadal pracuje.

WNIOSKI

1. Dostęp do specjalistycznej opieki neurologicznej dla chorych po udarze mózgu jest ograniczony, co przekłada się na stosowanie profilaktyki wtórnej.
2. Istnieje duża potrzeba rozwoju bazy rehabilitacyjnej dla chorych po udarze mózgu.
3. Zachodzi potrzeba dalszych badań oceniających stan chorych po udarze mózgu w długoterminowej obserwacji ze względu na konsekwencje społeczne i ekonomiczne.
4. Należy dołożyć wszelkich starań, by przeświadczenie, że chorzy po udarze mózgu skazani są na izolację w swoich domach i niewiele im można pomóc, z faktu stało się jedynie mitem.

PIŚMIENICTWO

- [1] Profilaktyka wtórna udaru mózgu: rekomendacje grupy ekspertów Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Udaru Mózgu. *Neurol Neurochir Pol* 2003; 37, supl. 6: 17-30.
- [2] Kozubski W, Liberski PP (red). *Choroby układu nerwowego*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.
- [3] Rekomendacje postępowania w udarze mózgu. Aktualizacja 2003. *Cerebrovascular Diseases*. Medycyna po Dyplomie. Przedruk, luty 2005.
- [4] Postępowanie w Ostym Udarze Niedokrwinnym Mózgu: Raport zespołu ekspertów Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Udaru Mózgu. *Neurol Neurochir Pol* 1999; 33, supl. 4: 13-60.
- [5] Ryglewicz D. Czynniki ryzyka w udarach mózgu. *Post Psych Neurol* 1995; 4: 33-45.
- [6] Ryglewicz D. Stan kliniczny chorych po roku od zachorowania na udar mózgu. *Neurol Neurochir Pol* 2002; supl. 2: 407.
- [7] Wilkinson PR, Wolfe CDA, Walburton FG et al. A long-term Follow-up of Stroke Patients. *Stroke* 1997; 28: 507-512.

- [8] Kozubski W. Choroby naczyniowe układu nerwowego. W: Choroby Układu Nerwowego. Red. W. Kozubski, P Liberski, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004; 3: 101-145.
- [9] PATS Collaborating Group: Post – stroke antihypertensive treatment study. A preliminary result. *Chin Med J* 1995; 108:710-717.
- [10] Yusuf S, Sleight P, Pogue J, Bosch J, Davies R, Dagenais G. Effects of angiotensin-converting-enzyme inhibitor, ramipril, on cardiovascular events in high-risk patients. The Heart Outcome Prevention Evaluation Study Investigators. *N Engl Med* 2000; 342: 145-153.
- [11] PROGRESS Collaborative Group: Randomised trial of perindopril-based blood-pressure-lowering regimen among 6105 individuals with previous stroke or transient ischaemic attack. *Lancet* 2001; 358:1033-1041.
- [12] Strauss SE, Majumdar SR, McAlister FA. New evidence for stroke prevention: Scientific review. *JAMA* 2002; 288:1388-1395.
- [13] Kobayashi A, Białek P, Dowżenko A, Członkowska A. Angioplastyka i stentowanie tętnic szyjnych w profilaktyce udaru niedokrwiennego mózgu. *Terapia* 2007; 189:19-24.

Adres do korespondencji:

Małgorzata Fudala
Oddział Neurologii z Pododdziałem Udarowym
Szpital Specjalistyczny w Końskich
26-200 Końskie, Gimnazjalna 41
e-mail: malgorzatafudala@poczta.onet.pl

